Beitrag zur Kenntnis

der

Ätiologie der Keratitis parenchymatosa

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

unter dem Präsidium

von

Dr Gustav Schleich

o.ö. Professor der Augenheilkunde und Vorstand der Ophthalmologischen Klinik in Tübingen

Der medizinischen Fakultät in Tübingen

vorgelegt von

Julius Mainzer

approb. Arzt aus Tübingen.

ACAD. MED. RAT. BIBL.

Tübingen 1901

Verlag von Franz Pietzcker.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität Tübingen.
Referent: Professor Dr. Schleich.

Buchdruckerei G. Schnürlen in Tübingen.

Meinen lieben Eltern!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547024_0005

Im nachstehenden sollen die in den letzten Jahren (seit 1896) in der Tübinger Klinik zur Untersuchung gekommenen Fälle von Keratitis parenchymatosa in Bezug auf die bei dieser Krankheit wichtigen Punkte besprochen werden mit besonderer Berücksichtigung der bedeutsamsten Frage, der Ätiologie der Erkrankung. Eine grössere Anzahl dieser Fälle habe ich selbst beobachten können.

Es sind ausschliesslich Fälle der klinisch primären, am Rande beginnenden Keratitis parenchymatosa (interstitialis diffusa), deren Krankheitsbild schon so eingehend geschildert und beschrieben ist, dass neue Gesichtspunkte hiefür nicht wohl beigebracht werden können und auf die Schilderung der Erkrankung hier verzichtet werden kann.

Wir haben mit Rücksicht auf die in letzter Zeit von E. v. HIPPEL*) und andern, sowie ganz neuerdings von HIRSCHBERG**) eingehend erörterten Verhältnisse der Ätiologie der Erkrankung und ihrer Beziehung zu andern am Auge und am übrigen Körper gleichzeitig auftretenden Veränderungen Abstand genommen, eine Übersicht hierüber zu geben und haben betreffs dieser Punkte auf die Arbeit v. HIPPELS und auf die Besprechung HIRSCHBERGS zu verweisen. Auch betreffs der Litteratur sind die bei den Genannten, sowie bei FÖRSTER, HORNER, KNIES und andern gemachten bekannten Angaben nachzusehen, so dass deren Wiederholung hier überflüssig erscheint.

---

*) E. v. HIPPEL: Über Keratitis parenchymatosa. Archiv für Ophthalmologie 1896. 42. Band. Abteilung II.

**) J. HIRSCHBERG. Über spezifische Hornhautentzündung. Deutsche medicinische Wochenschrift. 1888. Nro. 25 und 26. Einführung in die Augenheilkunde. 2. Hälfte 1. Abteilung. S. 102 und f.

Die kurze Beschreibung der einzelnen Fälle giebt nur die wesentlichsten Punkte in möglichster Kürze, doch so, dass auch für eventuelle spätere Untersuchungen von anderer Seite das Material noch zu verwerten ist.

Zunächst möge die Kasuistik hier folgen:

Nro. 1. Anna A., 5 Jahre alt.

Zuerst erkrankte das linke Auge, nach 7 Monaten auch das rechte. Die Eltern sind angeblich gesund. Von den Geschwistern sind 2 gestorben im Alter von 9 und 16 Wochen; eines ist tot geboren, eines ist gesund, ein älteres (Fall 2) leidet an derselben Erkrankung. — Patientin ist schwächlich gebaut, die oberen Schneidezähne fehlen. An den Mundwinkeln und an der Nase sind strahlige Narbenbildungen. Ausserdem hat Patientin eine ausgesprochene Sattelnase mit starker Ozäna. Anderweitige krankhafte Veränderungen am Körper sind nicht zu finden. Die Hornhauterkrankung ist beiderseits kompliziert durch Iritis und Chorioiditis. Auf dem linken Auge war zeitweise Exsudat am Boden der vorderen Kammer.

Die Dauer der Beobachtung beträgt 4 Jahre, nach welchen noch beiderseits deutliche charakteristische Cornealtrübung mit parenchymatöser Gefässbildung nachzuweisen ist.

Die Behandlung bestand in Einträuflung von Atropin, warmen Überschlägen, zeitweise Dauerverband und lange Zeit fortgesetzten grossen Jodkalium-Dosen.

Diagnose: Keratitis parenchymatosa e Lue hereditaria.

Nro. 2. Rosine A., Schwester von Nro. 1, 8 Jahre alt.

Das rechte Auge erkrankte 3 Monate vor dem linken. Patientin ist schwächlich gebaut, schlecht ernährt. Ausser deutlich nachweisbaren Lymphdrüsen im Nacken, in der Ellenbeuge und am übrigen Körper sind keine auffallenden Veränderungen zu konstatieren.

Diagnose: Mit Rücksicht auf den Befund bei der Schwester der Patientin: Keratitis parenchymatosa e Lue hereditaria.

Dauer der Beobachtung 1 Jahr. In der Cornea sind neben Trübungen deutlich parenchymatöse Gefässe zu erkennen. Die Behandlung besteht in einer Schmierkur.

Nro. 3. Bertha B., 22 Jahre alt.

Die Erkrankung bleibt während der 1/4 Jahr dauernden Beobachtung auf das linke Auge beschränkt. Später ist über die Patientin nichts mehr in Erfahrung zu bringen. Die Eltern sind im 4. Lebensjahre der Patientin an unbekannter Krankheit gestorben. Patientin ist das einzige Kind. Im rechten Auge finden sich bei klarer Cornea, besonders in der Peripherie, ausgebreitete chorioretinitische Veränderungen mit Atrophie des Opticus. Auf dem linken Auge lässt sich der ophthalmoskopische Befund wegen der Keratitis nicht aufnehmen. Seit 2 Jahren besteht eine sehr erhebliche Gehörstörung, die auf Grund sachverständiger Untersuchung als Labyrintherkrankung e Lue hereditaria bezeichnet wird.

Diagnose: Keratitis parenchymatosa e Lue hereditaria. Behandlung: Schmierkur.

Nro. 4. Emma B., 21 Jahre alt.

Die Erkrankung betraf zuerst das linke, nach 1 Monat auch das rechte Auge. Der Vater ist gesund. Die Mutter ist im 43. Lebensjahre in einer Irrenanstalt verstorben. Sie hat 9 Kinder geboren. Ausser der Patientin sind noch 6 am Leben und gesund. 2 sind im 1. Lebensjahre an unbekannter Krankheit gestorben. Patientin sieht gesund aus. Eingehende Untersuchung ergiebt keine Anhaltspunkte für Lues oder Tuberkulose. Der ophthalmoskopische Befund ist wegen Cornealtrübung nicht aufzunehmen. Die schwere Erkrankung wird mit Ung. ciner. behandelt. Während der ganzen Beobachtung trat wiederholt Verschlechterung des Zustands ein. Beiderseits finden sich parenchymatöse Gefässe in der Cornea.

Diagnose: Keratitis parenchymatosa e causa ignota.

Nro. 5. Klara D., 20 Jahre alt.

Beiderseits erkrankt. Auf dem linken Auge trat die Erkrankung 1 Monat früher auf als auf dem rechten. Über den Vater ist nichts zu erfahren. Die Mutter befindet sich in einer Irrenanstalt. Von den Geschwistern ist nichts bekannt. Patientin ist kräftig gebaut. Es findet sich bei ihr eine deutliche Hutchinson'sche Zahnbildung. Im Nacken und am übrigen Körper sind Drüsen nachweisbar, ausserdem strahlige Narben an Mund und Nase und grosse

Tophi beiderseits am Schienbein. Iris und Chorioidea sind erheblich beteiligt; in letzterer fanden sich schon im Beginn der Erkrankung massenhafte kleine Herde.

Die sehr schwer Erkrankte ist fast ein ganzes Jahr in klinischer Behandlung. Nach energischer Schmierkur und subconjunktivalen Injektionen bessert sich schliesslich der Zustand.

Diagnose: Keratitis parenchymatosa e Lue hereditaria.

Nro. 6. Ludwig F., 11 Jahre alt.

Patient soll beiderseits ungefähr gleichzeitig erkrankt sein. Die Eltern sind angeblich gesund. Die Mutter hat 11 Kinder geboren. 7 Geschwister des Patienten leben und sind gesund. Ein Zwillingspaar ist bald nach der Geburt an Lebensschwäche gestorben. Die Mutter hat einmal im 5. Monat abortiert. —

Neben ausgesprochen Hutchinson'schen Zahndefekten finden sich zahlreiche Drüsen im Nacken und am übrigen Körper. In beiden Kniegelenken ist zeitweilig ein Erguss. Die Thränenwege sind beiderseits strikturiert mit Dakryocystoblennorrhoe. Iris und Chorioidea sind ebenfalls beteiligt. Die Dauer der Beobachtung beträgt 3 Jahre. Bei der letzten nach einem erheblichen Recidiv vorgenommenen Untersuchung sind beiderseits in der Cornea parenchymatöse Gefässe zu erkennen.

Die Behandlung bestand in wiederholter energischer Schmierkur und subconjunktivalen Injektionen.

Diagnose: Keratitis parenchymatosa e Lue hereditaria.

Nro. 7. Ludwig N., 9 Jahre alt.

Während der nur 1 1/2 Monate dauernden Beobachtung ist die Erkrankung aufs linke Auge beschränkt. Der Vater ist unbekannt, von der Mutter nichts zu erfahren. Geschwister sind nicht vorhanden. Patient ist sehr schwächlich, hat erst im 3. Jahre gehen gelernt und war viel krank an Hautausschlägen. Neben deutlichen Hutchinson'schen Zähnen findet sich eine Polyadenitis, zahlreiche Narben am Mund, an Brust und Rücken, herrührend von einer destruierenden Dermatitis, ebenso im Gaumen und eine ausgesprochene Sattelnase.

Die Behandlung besteht in einer Schmierkur.

Diagnose: Keratitis parenchymatosa e Lue hereditaria.

Nro. 8. Karoline G., 12 Jahre alt.

Die Erkrankung trat beiderseits ungefähr gleichzeitig auf. Der Vater soll lungenleidend, die Mutter gesund sein. 5 angeblich gesunde Kinder sind am Leben. Die Mutter hat 2mal abortiert. 7 Kinder sind in den ersten Lebensjahren gestorben: 1 an Meningitis, 1 an Verletzung, 1 an Diphtherie, die andern an unbekannten Krankheiten.

Es finden sich bei der Patientin ausgesprochen Hutchinson'sche Zähne, zahlreiche kleine Lymphdrüsen.

Diagnose: Keratitis parenchymatosa e causa dubia (wahrscheinlich e Lue hereditaria).

Während der 4monatlichen Beobachtungsdauer sind Complikationen von Seiten des Uvealtraktus aufgetreten. Die Behandlung bestand in Schmierkur.

Nro. 9. Anna H., 27 Jahre alt.

Patientin ist beiderseits erkrankt, nachdem schon in der Kindheit eine beiderseitige schwere Hornhauterkrankung mit Schmierkur behandelt worden ist. Früher bestand ein hartnäckiges Kniegelenkleiden, das neuerdings, einige Zeit vor der Augenerkrankung, wieder aufgetreten ist und jetzt noch besteht. Die Eltern sind angeblich gesund, 2 Brüder in frühester Kindheit gestorben; ein Kind kam faultot zur Welt.

Der Ernährungszustand der Patientin ist ein mässiger. Im Kniegelenk ist beiderseits ein Erguss. Auf beiden Seiten sind Complikationen von Seiten des Uvealtraktus. Die Erkrankung, welche 2 Monate lang mit Ung. ciner. behandelt wurde, ist ein Spätrecidiv von Keratitis parenchymatosa.

Diagnose: Keratitis parenchymatosa e Lue hereditaria.

Nro. 10. Katharina H., 19½ Jahre alt.

Das linke Auge erkrankte ein Jahr vor dem rechten. Die Eltern sind angeblich gesund; der Vater ist einer eingehenden körperlichen Untersuchung unterzogen worden. 12 Geschwister leben, keines ist gestorben. Die Mutter hat keine Früh- oder Fehlgeburt gehabt. Ausser einer defekten Zahnbildung (nicht typisch) finden sich an der Unterlippe strahlige Narben. Patientin ist gesund, in

gutem Ernährungszustand. Menses in Ordnung. Während der dreimonatlichen Beobachtung konnte Iritis nicht festgestellt werden.

Diagnose: Keratitis parenchymatosa e causa ignota.

Die Behandlung bestand in einer Schmierkur.

Nro. 11. Wilhelm J., 11 Jahre alt.

Seit einigen Monaten beiderseitig erkrankt. Die Eltern sind gesund. 9 Kinder derselben sind am Leben und gesund. Die Mutter hat 12mal geboren. Das 2. und 3. Kind waren Frühgeburten und starben bald. Das 4. Kind ist Patientin. Sie ist in gutem Ernährungszustand. Ausser einer Labyrintherkrankung mit erheblicher Gehörstörung finden sich keine Zeichen von Lues oder Tuberkulose. Während der Erkrankung trat keine Iritis auf. Beim Abschluss der Beobachtung, 1 Jahr nach der ersten Untersuchung, war ein deutliches Bild vom Augenhintergrund nicht zu bekommen. In der Cornea sind beiderseits erhebliche Trübungen mit Gefässbildung. Die Behandlung bestand in einer Schmierkur.

Diagnose: Keratitis parenchymatosa e causa ignota (?).

Nro. 12. Frieda K., 17 Jahre alt.

Patientin ist seit 1 Jahr an beiden Augen erkrankt. Der Vater soll wiederholt an Gliederweh gelitten haben. Über die Mutter ist nichts zu erfahren, als dass sie mehrere Früh- und Fehlgeburten gehabt hat. 3 Kinder sind in den ersten Lebenstagen gestorben. Patientin selbst hat vor kurzem ein gesundes, reifes Kind geboren, über dessen Verbleib und gegenwärtigen körperlichen Zustand nichts zu erfahren ist. Patientin, die in dürftigen und sehr ungeordneten Verhältnissen lebte, ist an Kräften sehr heruntergekommen. Die Untersuchung ergiebt eine mässige Mitralisinsufficienz. Es finden sich defekte aber nicht typische Zahnbildung, Drüsen im Nacken und am übrigen Körper, zahlreiche Narben im Gesicht, an Mund und Nase. Während der Beobachtung der sehr schweren Erkrankung ist Complikation von Seiten der Iris und Chorioidea zu konstatieren.

Die Behandlung bestand in einer ausgiebigen Schmierkur.

Diagnose: Keratitis parenchymatosa e Lue hereditaria.

Nro. 13. Karl H., 7 Jahre alt.

Patient ist vor ca. 1 Monat beiderseits erkrankt. Die Mutter ist angeblich gesund, der Vater luesverdächtig. Patient hat 4 Geschwister, die gesund sein sollen. Ausserdem hat die Mutter 4 Fehlgeburten gehabt. 4 Kinder sind in den ersten Lebenstagen gestorben an unbekannten Krankheiten. Patient ist etwas stupid. Die Schneidezähne fehlen. Neben Drüsenschwellungen im Nacken zind Narben im Gesicht, an Mund und Nase zu konstatieren. Während der Beobachtungsdauer ist trotz starker Schmierkur Beteiligung des Uvealtraktus eingetreten.

Diagnose: Keratitis parenchymatosa e Lue hereditaria.

Nro 14. Sophie B., 17 Jahre alt.

Seit $^1/_2$ Jahr ist sie beiderseits gleichzeitig erkrankt mit schwerer Beteiligung der Iris und Chorioidea. Beide Eltern sind vor 7 Jahren an unbekannter Krankheit gestorben, ebenso die 4 Geschwister in den ersten Lebensjahren.

Patientin ist anämisch mit deutlich infolge von Gehörstörung alterierter Sprache. Neben Lymphdrüsen im Nacken finden sich Narben im Gesicht und am übrigen Körper. Es besteht ausserdem eine weit fortgeschrittene Labyrintherkrankung mit schwerer Gehörstörung. Der schwere Fall ist 3 Jahre lang in Behandlung. Wiederholte sehr ausgiebige Schmierkuren bessern sowohl die schwere Gehörstörung und damit auch die alterierte Sprache, als auch den schlimmen Zustand der Augen.

Diagnose: Keratitis parenchymatosa, wahrscheinlich e Lue hereditaria.

Nro. 15. Albert M., 15 Jahre alt, ist seit einigen Wochen beiderseits erkrankt. Die Eltern leben und sind gesund. Die Mutter hat 12 Kinder geboren. 6 sind gestorben (das 3., 5., 6., 7., 8. und 12. Kind) aus unbekannter Ursache. Patient ist das 4. Kind. 5 Kinder leben und sollen gesund sein. Patient ist etwas schwächlich ohne defekte Zahnbildung mit Drüsen im Nacken und beiderseitiger Kniegelenkerkrankung (hydropische Ergüsse), über deren Charakter in der chirurgischen Klinik nichts entschieden wird.

Diagnose: Keratitis parenchymatosa e causa dubia.

Der sehr schwere Fall wurde mit Schmierkur behandelt. Der Uvealtraktus ist beteiligt. Beobachtungsdauer 1 Jahr.

Nro. 16. Marie K., 15 Jahre alt.

Die Eltern leben und sind angeblich gesund. Ein Bruder ist im 2. Lebensjahr gestorben. 6 Geschwister leben und sind gesund. Patientin war immer schwächlich, hat deutliche Hutchinson'sche Zähne, Polyadenitis, Narben an Mund und Nase, ausgesprochene Sattelnase, beiderseitige Dakryocystoblennorrhoe. Der Uvealtraktus ist beteiligt. Beobachtungsdauer 1 Jahr. Die Behandlung bestand in einer Schmierkur.

Diagnose: Keratitis parenchymatosa e Lue hereditaria.

Nro. 17. Rosine W., 22 Jahre alt.

Erkrankte in derselben Weise wie jetzt im 16. Jahre und wurde damals mit Schmierkur behandelt. Seit 1/2 Jahr ist sie wieder augenleidend. Die Mutter ist gesund. Gesundheitszustand des Vaters ist unbekannt. 2 Geschwister sind in den ersten Lebenstagen gestorben, 4 andere leben und sind gesund. Patientin hat in ihrer Kindheit Rhachitis gehabt, deren Zeichen heute noch wahrzunehmen sind. Es finden sich deutliche Hutchinson'sche Zähne und eine Polyadenitis. Eine schwere Labyrintherkrankung führte zu Taubheit. Die Beobachtungsdauer betrug 7 Monate. Die Behandlung bestand in einer Schmierkur.

Diagnose: Keratitis parenchymatosa e Lue hereditaria. Patientin ist 1 1/2 Jahre nach der letzten Untersuchung wegen Geistesstörung in eine Irrenanstalt gebracht worden.

Nro. 18. Anna M., 7 Jahre alt.

Ist seit einigen Monaten an den Augen erkrankt und wurde aus einer Kinderbewahranstalt der Klinik zugeführt. Über Eltern und Geschwister ist nichts zu erfahren.

Bei dem schwächlich gebauten Kind finden sich ausser einer Polyadenitis weder Zeichen für Lues noch für Tuberkulose. Die schwere Erkrankung verläuft ganz ungünstig wegen erheblicher Beteiligung der Iris. Neben einer Schmierkur wird in der langen Zeit der Behandlung und Beobachtung von sechs Jahren auch Tuberkulin angewendet ohne merkbaren Einfluss auf den Verlauf und ohne Entscheidung für die Diagnose. Beiderseits trat nach Iridektomie wegen sekundären Glaucoms Phthisis bulbi ein. Patientin ist in einer Blindenschule untergebracht worden.

Diagnose: Keratitis parenchymatosa e causa ignota.

Nro. 19. Pauline N., 18 Jahre alt.

Beide Augen erkrankten vor mehreren Monaten ungefähr gleichzeitig. Der Vater ist luetisch, die Mutter, angeblich gesund, hat 3 gesunde Kinder geboren. Nach der Infektion des Vaters kam ein Abortus, nach welchem Patientin geboren wurde. Neben deutlicher Polyadenitis findet sich eine schwere Labyrintherkrankung, die so erhebliche Gehörstörungen herbeigeführt hat, dass die Sprache deutlich notgelitten hat. Ausser grossen Tophi an beiden Schienbeinen finden sich keine weiteren krankhaften Veränderungen, insbesondere ist die Zahnbildung normal.

Diagnose: Keratitis parenchymatosa e Lue hereditaria mit ausgesprochener Beteiligung der Iris und Chorioidea. Dauer der Beobachtung 2 Jahre. Die energische Schmierkur hat einen entschieden günstigen Einfluss auf die Gehörerkrankung.

Nro. 20. Christian R., 13 Jahre alt.

Während der ganzen 4 Jahre dauernden Beobachtung war nur das rechte Auge in typischer Weise erkrankt. Das linke Auge zeigt durchaus normale Verhältnisse. Der Vater ist gesund, die Mutter durch ein Kind, das sie stillte, luetisch infiziert, infizierte wieder den Patienten durch die Brust. Ein Kind von ihr kam tot zur Welt, 3 andere Kinder sind bald nach der Geburt gestorben. Patient selbst hat als Kind an einem von ärztlicher Seite als syphilitisch bezeichneten Exanthem gelitten.

Ausser Drüsen im Nacken finden sich keine Zeichen von Lues oder Tuberkulose. Über die Diagnose acquirierte Lues besteht kein Zweifel.

Diagnose: Keratitis parenchymatosa e Lue acquisita.

Behandlung: Energische Schmierkur. Nach 4 Jahren sind deutliche parenchymatöse Gefässe in der Cornea zu erkennen.

Nro. 21. Mathias R., 9 Jahre alt.

Das linke Auge erkrankte vor einem Jahr, das rechte vor einigen Wochen. Die Eltern und 3 Geschwister sind völlig gesund. Abortus oder Frühgeburt ist nicht vorgekommen. Patient ist schwächlich, hat vor $^1/_2$ Jahr ein nicht näher bekanntes Exanthem gehabt.

Ausser Drüsen im Nacken und einem chronischen Schnupfen finden sich keinerlei Anhaltspunkte für Lues oder Tuberkulose. Während der Erkrankung kam es zu Complikation von Seiten des Uvealtraktus.

Diagnose: Keratitis parenchymatosa e causa ignota.

Behandlung: Schmierkur.

Nro. 22. Karl A., 14 Jahre alt, ist seit einigen Wochen beiderseits erkrankt. Nach zuverlässigem Bericht ist die Mutter tertiär syphilitisch. Über Geschwister und Abortus ist nichts zu ermitteln. Patient ist schwächlich gebaut; ausser einer Polyadenitis ist kein Zeichen von Syphilis zu entdecken.

Diagnose: Keratitis parenchymatosa e Lue hereditaria. Während der Erkrankung tritt Complikation von Seiten des Uvealtraktus auf. Behandlung: Schmierkur.

Nro. 23. Christine S., 25 Jahre alt.

Während der ein Jahr dauernden Beobachtung ist nur das linke Auge in typischer Weise erkrankt. Das rechte Auge zeigt normale Verhältnisse. Die Eltern und Geschwister sind gesund. Patientin ist kräftig und zieht eine Infektion in Abrede. Neben Drüsen und Narben auf der Haut findet sich eine Gaumenperforation durch zweifellos spezifische Affektion. Während der Beobachtung trat Complikation von Seiten des Uvealtraktus ein.

Diagnose: Keratitis parenchymatosa e Lue hereditaria.

Behandlung: Schmierkur.

Nro. 24. Linus S., 13 Jahre alt.

Der Vater soll im 46. Lebensjahre an Tuberkulose gestorben sein, die Mutter ist gesund und blühend; 3 Geschwister leben, 3 sind in den ersten Lebensmonaten gestorben. Patient ist schwächlich. Eingehende körperliche Untersuchung ergiebt keine Anhaltspunkte für Lues oder Tuberkulose.

Ausser einer Polyadenitis zeigt Patient durchaus normale Verhältnisse. Während der Erkrankung tritt Beteiligung von Seiten des Uvealtraktus ein.

Diagnose: Keratitis parenchymatosa e causa ignota.

Behandlung: Schmierkur.

Nro. 25. Karl S., 11 Jahre alt.

Beide Augen erkrankten vor kurzer Zeit ziemlich gleichzeitig. Die Eltern sind angeblich gesund. Patient ist unehelich geboren. Nach ihm kamen 2 faultote Kinder zur Welt, später 2 noch lebende, angeblich gesunde Kinder, nachdem die Mutter sich einer eingreifenden Quecksilberbehandlung unterzogen hatte. Patient ist schwächlich. Ausser Narben an Nase und Mund findet sich eine schwere, zweifellos luetische Zerstörung im Gaumen.

Diagnose: Keratitis parenchymatosa e Lue hereditaria.

Während der kurzen 2monatlichen Beobachtungsdauer wurde eine energische Schmierkur eingeleitet.

Nro. 26. Katharine Sch., 5 Jahre alt.

Das rechte Auge erkrankte 2 Monate vor dem linken. Patientin kommt aus einer Kinderbewahranstalt. Über Eltern oder Geschwister ist nichts zu erfahren. Das schwächliche Kind hat keine oberen Schneidezähne. Von ärztlicher Seite wurde eine Labyrintherkrankung festgestellt.

Diagnose: Keratitis parenchymatosa e Lue hereditaria.

Während der kurzen 4wöchentlichen Beobachtungsdauer ist eine energische Schmierkur eingeleitet worden.

Nro. 27. Friedrich Sch., 8 Jahre alt.

Beide Augen sind schon seit einigen Monaten erkrankt. Der Vater hat an Geschwüren (spezifischer Art?) gelitten, die Mutter ist angeblich gesund. Von den Geschwistern sind 5 gesund, 6 gestorben; 2mal hat die Mutter abortiert. Das schwächliche Kind hat ausgesprochen Hutchinson'sche Zähne, Polyadenitis, stottert und hat X-Beine. Der Uvealtraktus ist beteiligt. Beobachtungsdauer: 5 Jahre.

Diagnose: Keratitis parenchymatosa e Lue hereditaria.

Behandlung: Energische Schmierkur.

Nro. 28. Adolf S., 11 Jahre alt.

Der Vater ist sicher luetisch, hochgradig anämisch, zeigt Accommodations- und Pupillarstörungen. Patient ist das einzige Kind. Über Abortus ist nichts zu ermitteln. Patient ist schwächlich, hat

deutliche Hutchinson'sche Zähne, Polyadenitis, Narben an Mund und Nase, chorioiditische Veränderungen im Augenhintergrund. Während der 3 Jahre langen Beobachtungsdauer ist nur das rechte Auge erkrankt. Das linke Auge zeigt ausser Strabismus convergens, Hyperopie, Amblyopie deutlich periphere Chorioiditis. Es wurde eine gründliche Schmierkur eingeleitet. 3 Jahre später erfolgte ein Recidiv wieder auf der rechten Seite. Die Wiederholung der Schmierkur hatte einen recht auffallend günstigen Einfluss auf das Allgemeinbefinden.

Diagnose: Keratitis parenchymatosa e Lue hereditaria.

Nro. 29. Marie W., 10 Jahre alt.

Beide Augen sind seit einigen Wochen erkrankt. Der Vater ist an Tuberkulose gestorben, die Mutter gesund; letztere war in ihrer 1. Ehe, aus welcher Patientin stammt, 4mal schwanger. Ein Kind starb an „Ausschlägen und Drüsen", ein anderes an „Gichtern" weiter kam ein Abort im 3. Monat vor. In der 2. Ehe gebar die Mutter 4 Kinder, von welchen 2 in den ersten Lebenstagen gestorben sind. 2 leben und sind angeblich gesund. Die etwas schwächliche Patientin hatte vor Jahren eine eitrige Hornhautentzündung mit Perforation der Cornea und Ausgang in Leucoma adhärens. Eine sehr defekte aber nicht typische Zahnbildung findet sich neben einer Polyadenitis und einer breiten von einer destruierenden Dermatitis herrührenden Narbe auf dem flachen Nasensattel. Sonst keinerlei Veränderungen am Körper, insbesondere keine Anhaltspunkte für Tuberkulose.

Diagnose: Keratitis parenchymatosa e Lue hereditaria(?).

Behandlung: Schmierkur.

Nro. 30. Friedrich W., 7 Jahre alt.

Das linke Auge erkrankte 2 Monate vor dem rechten. Die Eltern und 3 Geschwister sind vollständig gesund. Abortus ist nicht vorgekommen. Von den Kindern ist keines gestorben. Die Grossmutter ist angeblich an Tuberkulose zu Grunde gegangen. Ausser einer Polyadenitis zeigt der etwas schwächliche Patient keinerlei Zeichen von Lues oder Tuberkulose.

Diagnose: Keratitis parenchymatosa e causa ignota.

Behandlung: Schmierkur.

Nro. 31. Friedrich W., 11 Jahre alt.

Beide Augen sind seit kurzer Zeit erkrankt. Die Eltern leben und sind gesund. Ebenso 5 Geschwister. 4 starben in den ersten Lebensjahren. Der kräftige Patient zeigt neben Polyadenitis typische Hutchinson'sche Zähne, sonst keinerlei Anhaltspunkte für Lues oder Tuberkulose.

Diagnose: Keratitis parenchymatosa e causa ignota. Die eingeleitete Schmierkur wird mit günstigem Erfolg durchgeführt.

Nro. 32. Marie W., 16 Jahre alt.

Das rechte Auge erkrankte 3 Jahre vor dem linken. Zur Zeit zeigen beide Augen typische Keratitis parenchymatosa. Der Vater lebt und ist gesund, die Mutter ist an Wassersucht gestorben. Von den 12 Geschwistern sind 7 gesund, 5 in den ersten Lebensmonaten gestorben. Die kräftige Patientin ist intellektuell zurückgeblieben und zeigt wenig defekte, nicht typische Zähne. Ausser Narben im Gesicht und an den Mundwinkeln ergiebt eine genaue Untersuchung keine Anhaltspunkte für Lues oder Tuberkulose. Chorioiditische Veränderungen sind deutlich vorhanden.

Diagnose: Keratitis parenchymatosa e causa ignota. Die vorgeschlagene Behandlung wird nicht durchgeführt.

Nro. 33. Adolf Z., 8 Jahre alt.

Beide Augen sind seit kurzer Zeit erkrankt. Eltern und Geschwister sind gesund. Abortus ist nicht vorgekommen. Die eingehende Untersuchung des Patienten ergiebt abgesehen von einer Polyadenitis keinerlei Anhaltspunkte für Lues oder Tuberkulose. Unter einer gründlichen Schmierkur nimmt die Erkrankung einen günstigen Verlauf.

Diagnose: Keratitis parenchymatosa e causa ignota.

Nro. 34. Hugo B., 18 Jahre alt.

Beide Augen sind seit mehreren Monaten erkrankt. Der Vater ist gesund, die Mutter vor einigen Jahren an unbekannter Ursache gestorben. Eine Schwester ist als kleines Kind gestorben. Aborte sind angeblich nicht vorgekommen. Ausser einer Polyadenitis findet

sich am rechten Schienbein ein zweifelloser Tophus und ein Erguss im Ellenbogengelenk.

Diagnose: Keratitis parenchymatosa e Lue hereditaria.

Behandlung: Gründliche Schmierkur.

Nro. 35. Karl B., 13 Jahre alt.

Beide Augen sind erkrankt. Der Vater ist gesund, die Mutter luetisch infiziert, nachdem sie 3 gesunde Kinder geboren hatte. Darauf kam ein faultotes Kind zur Welt. Das jüngste Kind ist Patient. Der schwächliche Knabe hat typische Hutchinson'sche Zähne, Polyadenitis, etwas defektes Gehör, Narben im Gesicht, an Mund und Nase und eine ausgesprochene Sattelnase.

Diagnose: Keratitis parenchymatosa e Lue hereditaria mit Beteiligung des Uvealtraktus.

Energische Schmierkur hat einen günstigen Einfluss auf den Allgemeinzustand des Patienten. Nach 6 Jahren finden sich ausgebreitete Veränderungen im Augenhintergrund, ferner parenchymatöse Gefässe in der nur wenig getrübten Cornea beiderseits.

Nro. 36. Elisabeth H., 7 Jahre alt.

Das rechte Auge erkrankte 3 Monate vor dem linken. Die Mutter ist gesund und blühend, der Vater war vor der Heirat luetisch erkrankt. Die Mutter hat 12mal geboren. Patientin ist das 8. Kind; das jüngste Kind ist $1^1/_2$ Jahre alt und gesund; alle andern sind faultot zur Welt gekommen. Das blühende, kräftige Kind zeigt ausser einer Polyadenitis und Narben am Mund Mangel der Schneidezähne.

Diagnose: Keratitis parenchymatosa e Lue hereditaria mit schwerer Beteiligung des Uvealtraktus.

Behandlung: Energische Schmierkur. Beobachtungsdauer: 5 Jahre.

Nro. 37. Martin H, 26 Jahre alt.

Das rechte Auge erkrankte vor 5 Jahren; seit einigen Wochen ist auch das linke Auge betroffen. Patient ist vor 5 Jahren syphilitisch infiziert worden.

Diagnose: Keratitis parenchymatosa e Lue acquisita mit spezifischer Iritis (Condylome der Iris).

Die gründliche Schmierkur führt schon nach 2 Monaten Heilung herbei. Nach 5 Jahren finden sich parenchymatöse Gefässe in der Cornea.

Nro. 38. Josephine H., 29 Jahre alt.

Patientin ist syphilitisch inficiert, hat 4 faultote Kinder geboren und eine Frühgeburt gehabt. Das schwächliche Kind lebt.

Diagnose: Keratitis parenchymatosa e Lue acquisita.

Behandlung: Schmierkur.

Nro. 39. Paula K., 6 Jahre alt.

Eltern sind angeblich gesund. Die Mutter hat vor einem Jahr ein faultotes Kind geboren. Die schwächliche Patientin hat eine Polyadenitis und eine Psoriasis plantarum et palmarum.

Diagnose: Keratitis parenchymatosa e Lue hereditaria.

Behandlung findet nicht statt.

Nro. 40. Walter L., 5 Jahre alt.

Der Vater war früher luetisch inficiert, steckte die Mutter nach der Heirat an, worauf beide einer gründlichen Quecksilberbehandlung unterzogen wurden. Zunächst kam ein Abort, dann 2 noch lebende Kinder, das 2. ist Patient. Bei dem schwächlichen Knaben fehlen die Schneidezähne. Ausser einer Polyadenitis sind keine Zeichen von Lues vorhanden.

Diagnose: Keratitis parenchymatosa e Lue hereditaria.

Behandlung: Gründliche Schmierkur. Während der 1 Jahr dauernden Beobachtung ist die Erkrankung auf das linke Auge beschränkt geblieben.

Nro. 41. Magdalene L., 10 Jahre alt.

Beide Augen sind erkrankt. Beide Eltern sind luetisch. Das schwächliche Kind zeigt deutliche Hutchinson'sche Zähne und eine Sattelnase.

Diagnose: Keratitis parenchymatosa e Lue hereditaria.

Behandlung: Schmierkur.

Nro. 42. Magdalene N., 28 Jahre alt, verheiratet.

Das rechte Auge ist vor zwei Jahren erkrankt. Jetzt ist auf dem rechten Auge ein Recidiv eingetreten und das linke Auge erkrankt. Vor 2 Jahren waren beiderseits Opticusaffektionen mit peripheren chorioretinitischen Processen festgestellt. In der Familie der Patientin ist sicher Lues, wahrscheinlich ist auch der Mann luetisch. Patientin hat ein faultotes Kind geboren. Ein 5 Monate altes schwächliches lebt noch. Die schwächliche Patientin zeigt typische Hutchinson'sche Zähne, Narben am Mund und Gesicht. Im übrigen finden sich keinerlei Anhaltspunkte für acquirierte Lues.

Diagnose: Keratitis parenchymatosa e Lue (hereditaria?).

Während der 2 Jahre dauernden Beobachtungszeit werden fortgesetzt grössere Dosen Jodkalium mit zeitweisem Aussetzen verabreicht.

Nro. 43. Johannes R., 7 Jahre alt.

Das rechte Auge war schon vor einem Jahr erkrankt; seit kurzer Zeit ist es auch das linke. Über den Vater ist nichts zu erfahren. Vor der Geburt des Patienten ist ein Abort und zwei Frühgeburten (die Kinder starben bald nach der Geburt) vorgekommen. Das schwächliche Kind zeigt ausser defekten Zähnen (nicht typisch) keine Zeichen von Lues.

Diagnose: Keratitis parenchymatosa e Lue hereditaria.

Behandlung: Schmierkur.

Nro. 44. Julie R., 12 Jahre alt.

Das linke Auge ist seit ½ Jahre, das rechte frisch erkrankt. Der Vater wurde einige Jahre vor der Geburt des Kindes luetisch inficiert, dann erkrankte auch die Mutter. Zahlreiche ältere Geschwister sind gesund. Vor der Geburt der Patientin war ein Abort eingetreten. Nach der Patientin kam noch eine Schwester, die kräftig und zur Zeit 11 Jahre alt ist, aber an beiden Augen periphere chorioretinitische spezifische Veränderungen zeigt. Patientin selbst ist kräftig, hat deutliche Hutchinson'sche Zähne, Narben an Mund und Nase, Polyadenitis, hat schon wiederholt vorübergehend Gelenkaffektionen gehabt, die während der 9jährigen Beobachtungsdauer einigemal aufgetreten sind. Trotz wiederholter sehr ausgiebiger Schmierkur,

während der das Allgemeinbefinden und der Ernährungszustand keine Störung zeigte, ist Patientin während der genannten Beobachtungszeit allmählich infolge von Labyrintherkrankung taub geworden. Von Seiten des Uvealtraktus traten beiderseits schwere Complikationen auf trotz fortwährender ärztlicher Aufsicht und wiederholter Schmierkur, mit relativ günstigem Ausgang.

Diagnose: Keratitis parenchymatosa e Lue hereditaria.

Nro. 45. Anna Sch., 6 Jahre alt.

Beide Augen sind seit kurzer Zeit erkrankt. Die Eltern sind angeblich gesund. Zwei ältere Geschwister sind 3 bis 4 Wochen nach der Geburt an schweren „Ausschlägen" erkrankt und gestorben. Die schwächliche Patientin zeigt eine defekte, nicht typische Zahnbildung und Polyadenitis.

Diagnose: Keratitis parenchymatosa e Lue hereditaria.
Behandlung: Schmierkur.

Nro. 46. Eleonore S., 6 Jahre alt.

Beide Augen sind erkrankt. Die Eltern sind angeblich gesund. Fünf ältere Geschwister leben und sind gesund. Abortus ist nicht vorgekommen. Ein Kind ist $1^1/_4$ Jahre alt an unbekannter Ursache gestorben. Das normal ernährte Kind zeigt sehr defekte aber nicht typische Zahnbildung. Ausser Vitiligo syphilitica ist kein Zeichen von Lues vorhanden.

Diagnose: Keratitis parenchymatosa e Lue hereditaria. Die verordnete Schmierkur ist nicht ausgeführt worden.

Nro. 47. Karl St., 4 Jahre alt.

Beide Augen sind erkrankt. Der Vater ist luetisch, die Mutter gesund; letztere hat einigemal abortiert; lebende Geschwister sind nicht vorhanden. Das sehr schwächliche Kind zeigt defekte Zähne, Polyadenitis, Narben an Mund und Nase. Zur Zeit ist eine Kniegelenkerkrankung vorhanden.

Diagnose: Keratitis parenchymatosa e Lue hereditaria mit Beteiligung des Uvealtraktus. — Behandlung: Schmierkur. Nach 3 Jahren trat links ein Recidiv mit Wiederholung der Gelenkerkrankung auf. Die neuerdings eingeleitete Schmierkur hat günstigen Erfolg. Beobachtungsdauer: 6 Jahre.

Nro. 48 und 49. Marie T., 7 Jahre und Wilhelm W., 7 Jahre alt.

Bei beiden sind beide Augen erkrankt an Keratitis parenchymatosa. Die Augenerkrankung ist zur Zeit der Untersuchung typisch. Die sehr mangelhafte Anamnese ergab keine Anhaltspunkte für Lues oder Tuberkulose. Einer körperlichen Untersuchung sind die Patienten entzogen worden.

Diagnose: Keratitis parenchymatosa e causa ignota.

Nro. 50. Eugen W., 23 Jahre alt.

Vor 5 Monaten erkrankte das rechte Auge, jetzt sind beide Augen erkrankt. Der Vater ist luetisch. Die übrige Anamnese ist mangelhaft. Der kräftige Patient zeigt defekte aber nicht typische Zahnbildung, Narben an Mund und Nase, Polyadenitis; sonst keine Veränderungen.

Diagnose: Keratitis parenchymatosa e Lue hereditaria mit Beteiligung des Uvealtraktus.

Behandlung: Schmierkur und subconjunctivale Injektionen mit günstigem Verlauf.

Nro. 51. Marie W., 3 Jahre alt.

Beide Augen sind erkrankt. Die Eltern sind angeblich gesund. Die Mutter hat 5 mal geboren, darunter 1 mal abortiert. Ein Kind ist an schwerem „Ausschlag" gestorben. Patientin ist das jüngste Kind. Ausser einer Polyadenitis liegen keine Anhaltspunkte für Lues oder Tuberkulose vor.

Diagnose: Keratitis parenchymatosa e Lue hereditaria (?).

Behandlung: Schmierkur.

Über die im Vorstehenden gegebene Casuistik ist folgendes zu bemerken: Soweit im einzelnen Falle in der Anamnese oder im Befund Angaben fehlen, ist ausdrücklich bemerkt, dass anamnestische Daten nicht zu erheben waren oder bezüglich des Befundes Lücken sich fanden.

Die 51 Fälle verteilen sich derart auf die Geschlechter, dass 28 Erkrankte = 54,9% auf das weibliche, 23 = 45,1%

auf das männliche Geschlecht kommen. In diesem Punkte ist eine Abweichung von der von den meisten Autoren hervorgehobenen sehr starken Mehrbeteiligung des weiblichen Geschlechts zu konstatieren.

Ebenso auffallend ist dieses Resultat im Vergleich zu den Ergebnissen der blindenstatistischen Untersuchungen aus der Tübinger Klinik, wo unter den an Keratitis parenchymatosa Erblindeten das weibliche Geschlecht annähernd doppelt so stark vertreten ist als das männliche.*)

Nach den übereinstimmenden Angaben betrifft die Erkrankung die jugendlichen Jahre, und zwar tritt sie gewöhnlich zwischen dem 6. und 20. Jahre auf (FUCHS).**) Aus unserer Zusammenstellung ergiebt sich im Durchschnitt das Alter von 13 Jahren.

Eine Berücksichtigung der einzelnen Altersstufen zeigt, dass die überwiegende Zahl der Kranken in der 2. Hälfte des 1. und in der 1. Hälfte des 2. Jahrzehnts stehen, so dass dem Alter von 6—15 Jahren 59% sämtlicher Kranken angehören. Auffallend ist die stärkere Beteiligung des männlichen Geschlechts in dem genannten Alter, das hier mit 78% vertreten ist, während die Mehrbeteiligung des weiblichen Geschlechts an der Erkrankung besonders im Alter von 16—25 Jahren hervortritt.

Die Tabelle giebt eine Übersicht über diese Verhältnisse:

Jahre	Männer	Weiber	Summe	=	%
0—5	2	3	5	=	9,8
6—10	8	9	17	=	33,33
11—15	10	3	13	=	25,5
16—20	1	6	7	=	13,73
21—25	1	4	5	=	9,8
26—30	1	3	4	=	7,84
Summe:	23	28	51	=	100,0

*) SCHWARZKOPF, E., Klinisch-statistischer Bericht über 4305 erblindete Augen. Inaug.-Diss. Tübingen 1900. S. 5.

**) FUCHS, E., Lehrbuch der Augenheilkunde. 7. Auflage S. 206.

In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle waren beide Augen betroffen. In den Fällen, wo die Erkrankung nur des einen Auges beobachtet war, kann dieser Umstand darauf zurückgeführt werden, dass die Erkrankung des 2. Auges möglicherweise ausserhalb der Beobachtungsdauer liegt. In dieser Hinsicht wäre Fall 28 und 40 bemerkenswert, weil ersterer 3 Jahre, letzterer 1 Jahr lang beobachtet wurde, ohne dass eine Erkrankung des 2. Auges hätte festgestellt werden können. Ob in diesen beiden Fällen die Erkrankung des 2. Auges durch die verhältnismässig frühzeitig eingeleitete spezifische Behandlung verhindert worden ist, mag dahingestellt bleiben. Eine Bevorzugung einer Seite bezüglich des Beginns, der Schwere und des Ausgangs der Erkrankung liess sich, wie a priori erwartet werden konnte, nicht bemerken.

Der wichtigste Punkt, die Frage nach der Ätiologie der Krankheit, die seit langer Zeit in eingehender und sorgfältiger Weise erörtert wird, und die auch mich zu dieser Zusammenstellung veranlasst hat, hat neuerdings durch die Untersuchungen E. v. Hippels wieder erhöhte Bedeutung gewonnen. Allseitig wird betont, dass diese Frage abgesehen von anatomischer Untersuchung, entschieden werden kann nur auf Grund sorgfältiger Anamnese und eingehender Allgemeinuntersuchung des Patienten und womöglich der Eltern und Geschwister desselben. Dabei ist mit grösster Vorsicht und Objektivität vorzugehen.

Von unsern Fällen sind für die Frage der Ätiologie nur die zu verwerten, bei denen die hervorgehobenen Punkte: Anamnese und Allgemeinuntersuchung genügend berücksichtigt werden konnten. Daher sind hier auszuscheiden die Fälle 48 und 49, bei welchen die Aufnahme dieser Punkte nicht möglich war, da sie nur einmal einer kurzen Untersuchung in der Sprechstunde unterzogen wurden, so dass für unsere folgende Besprechung nur 49 Fälle in Betracht kommen.

Was diese 49 Fälle betrifft, so ergeben sowohl die Anam-

nese als der objektive Befund keinerlei Anhaltspunkte für die Ätiologie bei Fall 4, 18, 33, während wohl auch bei Fall 10 und 32, abgesehen von defekter, nicht typisch Hutchinson'scher Zahnbildung und strahligen Narben am Mund, sichere Anhaltspunkte für die Ätiologie fehlen. Ebenso ist bei Fall 21 ausser der unbestimmten Angabe, dass Patient vor 1/2 Jahre an einem Exanthem erkrankt war, dem Nachweis einer Polyadenitis und einer Coryza für die Ätiologie nichts Sicheres zu erheben gewesen. Auch in Fall 24 und 30 wird die Angabe, dass der Vater resp. die Grossmutter an Tuberkulose gestorben ist, nicht entscheidend sein. Bei den übrigen 41 Fällen ist bei keinem einzigen ein bestimmter Hinweis für die Annahme einer tuberkulösen Grundlage der Erkrankung vorhanden. Ich verweise an dieser Stelle ebenfalls auf das Ergebnis der blindenstatistischen Untersuchung aus der Tübinger Klinik, soweit es die Fälle von Erblindung an Keratitis parenchymatosa betrifft, wo ausdrücklich ausgesprochen ist, dass zweifellose Fälle auf tuberkulöser Grundlage beruhender Erkrankungen unter den Erblindeten sich nicht finden. Dem gegenüber ist die Zahl der Fälle, in welchen mit Sicherheit oder grosser Wahrscheinlichkeit die Erkrankung auf Lues zurückzuführen ist, eine erdrückend grosse.

Diese 41 Fälle können wir einteilen in solche, bei denen die Diagnose „Lues" sicher, in solche, bei denen sie wahrscheinlich und in solche, bei denen sie zweifelhaft ist.

Gesichert ist die Diagnose „Lues" nach unserer Meinung durch ein objektives, bei den Erkrankten nachweisbares sicheres Zeichen von Lues, wie: Sattelnase, Gaumenperforation, Tophi, Condylome, syphilitische Exantheme.

Als wahrscheinlich hereditär luetisch bezeichnen wir die Fälle, bei denen ausser einer entsprechenden, besonders auf den Gesundheitszustand der Eltern, auf Aborte, Frühgeburten, Kindersterblichkeit in der frühesten Jugend sich beziehenden Anamnese solche Zeichen objektiv nachweisbar sind,

wie sie erfahrungsgemäss bei Lues hereditaria häufig vorkommen, aber nach allem doch nicht als pathognomonisch erklärt werden dürfen, nämlich: Hutchinson'sche Zähne, Gehörerkrankungen (Labyrinth), Gelenkerkrankungen (Ergüsse), sowie Drüsen, Narben im Gesicht, besonders an Mundwinkel und an der Nase und schwächliche Constitution.

Als zweifelhaft bezeichnen wir die Fälle, bei denen entweder die Anamnese oder der objektive Befund oder beides keine genügende Anhaltspunkte ergeben.

Die sicher auf Lues beruhenden Fälle sind wieder zu differenzieren in solche mit hereditärer und solche mit acquirierter Lues, zu welch letzteren 3 Fälle (20, 37, 38) gehören.

Als sicher luetisch erkrankt sind folgende Fälle anzusprechen: Fall 1, 7, 16, 29, 35, 41 mit Sattelnase, Fall 5, 19, 34 mit Tophi, Fall 23, 25 mit Zerstörungen im Gaumen; spezifische Exantheme kamen vor bei Fall 20, 46 (letzterer mit Vitiligo syphilitica) und 39 (Psoriasis plantarum et palmarum).

Bei Fall 37 und 38 handelt es sich um anamnestisch sicher konstatierte acquirierte Lues.

Es sind also im Ganzen 16 Fälle von 49 = 32,65%, wovon 3 = 6,12% acquirierte, die andern 13 = 26,55% hereditäre Lues haben.

Bei weiteren 17 Fällen = 34,37% ist mit einer an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit die ätiologische Diagnose auf hereditär luetische Basis gestellt worden, auf Grund der oben erwähnten teils anamnestisch zu erhebenden, teils objektiv am Erkrankten nachweisbaren Punkte.

Objektiv nachgewiesene oder zugestandene Lues bei beiden oder einem der Eltern oder bei Geschwistern finden wir bei Fall 2, 28, 36, 40, 42, 44, 47, 50, also 8mal.

Geburten faultoter Kinder und häufige Frühgeburten kamen vor bei Fall 6, 9, 12, 13, 27, 36, 40, 42, 44, 47, also 10 mal.

Was die oben angeführten anderweitigen, bei den Erkrankten nachgewiesenen, für die Diagnose „Lues hereditaria“ sprechenden objektiven Veränderungen betrifft, so dürfen wir den Nachweis einer einzelnen Veränderung nicht als entscheidend für die Diagnose „Lues hereditaria“ ansehen, sondern diese Diagnose mit Wahrscheinlichkeit erst dann stellen, wenn mehrere solcher Veränderungen nachweisbar sind und ausserdem noch eine entsprechende Anamnese vorliegt.

Von den sämtlichen in Betracht kommenden 49 Fällen ist in 13 Fällen = 26,53% typische Hutchinson'sche Zahnbildung beobachtet worden: Fall 5, 6, 7, 8, 16, 17, 27, 28, 31, 35, 42, 43, 44.

Bei richtiger Berechnung, d. h. wenn wir zunächst die 3 Fälle mit acquirierter Lues (20, 37, 38) ausscheiden, ferner nur die über 7 Jahre alten Patienten in Betracht ziehen, bei welchen die 2. Dentition schon begonnen hat, demnach das Auftreten der typischen Hutchinson'schen Zahnform überhaupt erst möglich ist, erhöht sich dieser Prozentsatz nicht unwesentlich nämlich auf 39,4%, da jetzt nur 33 Fälle in Betracht kommen.

In den meisten Berechnungen anderer ist dieser Gesichtspunkt unbeachtet geblieben.

Nicht unberücksichtigt dürfen wir bei der Besprechung der abnormen Zahnbildung den gänzlichen Mangel der Schneidezähne bei Kindern vor der 2. Deutition lassen (Fall 1, 13, 26, 40).

Dieser völlige Mangel ist also in 4 von 13 vor der 2. Dentition stehenden Fällen beobachtet worden = 30,77%.

Von den Fällen mit Hutchinson'scher Zahnbildung sind 5 sicher hereditär luetisch, nämlich: Fall 5, 7, 16, 35, 41 = 38,46%, wahrscheinlich hereditär luetisch 6, nämlich: Fall 6, 17, 27, 28, 42, 44 = 46,15%, zweifelhaft bezüglich der ätiologischen Diagnose 2, nämlich: Fall 8 und 31 = 15,4%.

Also in 84,6% der Fälle mit Hutchinson'scher Zahn-

bildung ist die Diagnose „hereditäre Lues", teils mit Sicherheit, teils mit grosser Wahrscheinlichkeit zu stellen.

Von den 4 Fällen mit gänzlichem Mangel der Schneidezähne ist einer (Fall 1) als sicher hereditär luetisch, die andern 3 als wahrscheinlich hereditär luetisch anzusehen auf Grund anamnestischer Daten und objektiven Befundes.

Bei unseren Fällen mit typischer Hutchinson'scher Zahnbildung kommt kein einziger vor, bei dem diese Abnormität der alleinige Hinweis auf die Diagnose Lues hereditaria wäre, sondern immer finden sich ausserdem noch andere objektive und anamnestische, für hereditäre Lues sprechende Daten, so

bei Fall 5: Polyadenitis, Narben, Tophi;
bei Fall 6: Polyadenitis, Kniegelenkerguss;
bei Fall 7: Polyadenitis, Narben, Sattelnase;
bei Fall 8: Polyadenitis, Mutter hat 2mal abortiert;
bei Fall 16: Polyadenitis, Narben, Sattelnase;
bei Fall 17: Polyadenitis, Labyrintherkrankung:
bei Fall 27: Polyadenitis, Vater litt an Geschwüren, Mutter hat 2mal abortiert;
bei Fall 28: Polyadenitis, Narben, Vater ist luetisch;
bei Fall 31: Polyadenitis;
bei Fall 35: Polyadenitis, Narben, Sattelnase, defektes Gehör;
bei Fall 41: Sattelnase; Eltern sind luetisch;
bei Fall 42: Narben, Eltern sind luetisch, Patientin hat ein faultotes Kind geboren;
bei Fall 44: Polyadenitis, Gelenkaffektion, Labyrintherkrankung; Mutter hat abortiert.

Was die Ohrenaffektionen betrifft, so ist beim geringsten Verdacht auf Gehörerkrankung eine Untersuchung der Kranken in der Ohrenklinik veranlasst worden. Da die Ohrenerkrankung noch nach der Augenerkrankung auftreten kann, so kann sie bei nicht genügend langer Beobachtung der Feststellung entgehen.

Im Ganzen ist eine Gehörstörung in 8 von 46 in Betracht kommenden Fällen = 17,4% beobachtet worden (Fall 3, 11, 14, 17, 19, 26, 35, 44). Mit Ausnahme von Fall 35, wo nichts über die Ursache der Gehörstörung ausgesagt ist, handelte es sich in allen Fällen um eine Labyrintherkrankung mit jenen ostitischen und periostitischen Processen, wie sie von ALT*) geschildert werden. Von den Fällen, bei welchen in frühester Jugend eine völlig schmerzlose Mittelohreiterung auftritt, die ebenso charakteristisch für hereditäre Lues sein soll (FOURNIER), ist unter den beschriebenen keiner beobachtet worden.

Von den 8 Fällen mit Gehörstörung waren sicher hereditär luetisch Fall 19 und 35, wahrscheinlich Fall 3, 14, 17, 26, 44. Nur bei Fall 11 fehlt ausser der Angabe, dass die Mutter 2 Frühgeburten gehabt hat, jeglicher Hinweis auf eine luetische Basis.

Gelenkaffektionen kamen vor in 6 Fällen (6, 9, 15, 34, 44, 47) = 13%. Dabei war das Kniegelenk einer oder beider Seiten betroffen bei Fall 6, 9, 15, 44, 47, also fünfmal = 83,3%, das Ellenbogengelenk einmal (Fall 34). Davon waren sicher hereditär luetisch 1 Fall (34), wahrscheinlich hereditär luetisch 4 Fälle (6, 9, 44, 47) während in Fall 15 abgesehen von Drüsen und defekten Zähnen nichts auf Lues hereditaria hindeutet.

Als zweifelhaft in Bezug auf die Diagnose der luetischen Grundlage der Erkrankung haben wir im Ganzen 8 Fälle (8, 11, 15, 22, 31, 43, 45, 51) = 17,4% bezeichnet.

Wie vorsichtig wir bei unserer Zusammenstellung vorgegangen sind, mögen folgende Bemerkungen über diese Fälle zeigen:

Fall 8: Anamnese: Mutter hat 2mal abortiert.
Befund: typische Hutchinson'sche Zahnform, Polyadenitis.

*) Encyklopädie der Ohrenheilkunde herausgegeben von Dr. Louis Blau in Berlin. Leipzig 1900: Labyrinth. 7. Syphilis.

Fall 11: Anamnese: Mutter hat 2 Frühgeburten gehabt.
Befund: Labyrintherkrankung.
Fall 15: Befund: Schwächliche Constitution, Drüsen, Kniegelenkerkrankung.
Fall 22: Anamnese: Mutter ist tertiär syphilitisch.
Befund: Schwächliche Constitution, Polyadenitis.
Fall 31: Befund: Hutchinson'sche Zähne.
Fall 43: Anamnese: Mutter hat abortiert.
Befund: Schwächliche Constitution, defekte Zähne.
Fall 45: Anamnese: 2 Geschwister im ersten Lebensmonat an „Ausschlägen" gestorben.
Befund: Schwächliche Constitution, Polyadenitis.
Fall 51: Anamnese: Mutter hat abortiert; 1 Kind an schwerem „Ausschlag" gestorben.
Befund: Polyadenitis.

Manche Autoren würden derartige Fälle noch zu den wahrscheinlich luetischen rechnen.

Solche Fälle, bei denen weder anamnestische noch objektive Anhaltspunkte vorlagen, waren sehr spärlich: nur 5 von 49 = 10,2% (Fall 4, 18, 24, 30, 33).

Schwächliche Constitution fand sich in den Fällen 1, 2, 7, 15, 16, 18, 21, 22, 24, 25, 26, 27, 28, 30, 35, 39, 40, 41, 42, 43, 45, 47, also 22mal = 48%.

Davon waren sicher hereditär luetisch Fall 1, 7, 16, 25, 35, 39, 41, also 7 Fälle = 31,8%, wahrscheinlich hereditär luetisch Fall 2, 26, 27, 28, 40, 42, 47, also ebenfalls 7 Fälle.

Complikationen von Seiten des Uvealtraktus sind festgestellt bei Fall 1, 3, 5, 6, 8, 9, 12, 13, 15, 16, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 27, 32, 35, 36, 42, 44, 47, 50, also in mehr als der Hälfte der Fälle (52,1%). In weiteren Fällen war wegen der Hornhauttrübung der Hintergrundsbefund nicht aufzunehmen.

Von den eben erwähnten Fällen waren sicher hereditär

luetisch 1, 5, 16, 19, 23, 35, also 6 = 25 %, wahrscheinlich hereditär luetisch 11 = 46 % (3, 6, 9, 12, 13, 27, 36, 42, 44, 47, 50). Die übrigen 7 Fälle (8, 15, 18, 21, 22, 24, 32) gehören zu den in Bezug auf die ätiologische Diagnose zweifelhaften.

Bei unseren Fällen ist 4mal ein Recidiv eingetreten, also in 8,7 % (Fall 6, 9, 17, 28) bei einer Beobachtungsdauer von mindestens 3 Jahren. Auf Grund von Fall 9, wo die 27 Jahre alte Patientin ein Recidiv einer in der Kindheit mit Schmierkur behandelten schweren Hornhauterkrankung bekam, muss angenommen werden, dass selbst nach mehr als 20 Jahren noch ein Recidiv auftreten kann.

Der Nachweis parenchymatöser Gefässe in der Cornea war in allen Fällen, die nach Ablauf der Erkrankung der Beobachtung zugänglich waren, möglich.

Die Therapie war in sämtlichen Fällen spezifisch: Inunctionskur mit Ung. ciner.; nur in 2 Fällen (1 und 42) wurden lange Zeit hindurch grössere Jodkalium-Dosen gegeben.

Ein sicheres und abschliessendes Urteil über die Wirkung unserer Behandlung können wir nicht geben. In vielen Fällen schien die Behandlung einen zweifellos günstigen Einfluss auf den Verlauf und das Endresultat auszuüben. Aber auch Fälle mit sehr schwerem Verlauf (5, 18, 44) ohne auffallende Beeinflussung desselben trotz sehr energischer Anwendung der Schmierkur von Anfang der Erkrankung an sind zur Beobachtung gekommen, während in zweien derselben (5, 44) einschliesslich günstiges Resultat erzielt wurde, ist Fall 18 beiderseits erblindet.

Entschieden günstige Wirkung, besonders bezüglich der Dauer der Erkrankung, scheinen die subkonjunktivalen Injektionen gehabt zu haben. —

Auf die Frage der ätiologischen Diagnose „ex juvantibus“ sei hier nicht näher eingegangen.

Dass die spezifische Therapie in keinem einzigen Falle

einen nachweislich ungünstigen Einfluss gehabt hat, glauben wir aussprechen zu dürfen. Vielmehr hat sich in den meisten Fällen der Ernährungszustand in auffallender Weise gehoben, was durch zuverlässige Wägungen festgestellt worden ist.

Zum Schlusse möchte ich die Resultate der Zusammenstellung unserer Fälle zusammenfassen:

1) In unseren Fällen ist das weibliche Geschlecht an der Erkrankung stärker beteiligt als das männliche im Verhältnis von 54,9 % zu 45,1 %.
2) Die Krankheit tritt besonders im Alter von 6—15 Jahren auf. Das Durchschnittsalter unserer Erkrankten beträgt 13 Jahre.
3) In der Mehrzahl der Fälle, in 61 % ist mit Sicherheit oder doch grösster Wahrscheinlichkeit hereditäre Lues gefunden worden, in 6,1 % acquirierte Lues, so dass also mehr als $^2/_3$ sämtlicher in Betracht kommenden 49 Fälle auf luetischer Basis beruhen. Für eine tuberkulöse Grundlage der Erkrankung, wie überhaupt für irgend eine andere Ätiologie hat sich in keinem einzigen Falle ein sicherer Anhaltspunkt ergeben.
4) Die Hutchinson'sche Zahnform findet sich bei uns nur in der Minderzahl der Fälle von Keratitis parenchymatosa (in 26,5 %, bei richtiger Berechnung (s. o.) in 39,4 %). Das Vorkommen dieser Zahnform spricht mit grosser Wahrscheinlichkeit für das Bestehen hereditärer Lues, da in 84,6 % der Fälle mit Hutchinson'schen Zähnen die Diagnose „hereditäre Lues" teils mit Sicherheit, teils mit grosser Wahrscheinlichkeit gestellt werden konnte.
5) Gehörstörungen bei Keratitis parenchymatosa sprechen sehr für eine hereditär luetische Basis. Fast immer handelt es sich dabei um eine Labyrintherkrankung.

6) Gelenkerkrankungen betreffen fast stets das Kniegelenk, selten das Ellbogengelenk und sprechen ebenfalls für hereditäre Lues.

Zum Schlusse erlaube ich mir, Herrn Prof. Dr. Schleich für die liebenswürdige Unterstützung bei der Arbeit meinen besten Dank auszusprechen.

Lebenslauf.

Ich bin am 29. Juni 1875 in Nürnberg geboren als Sohn des Oberinspektors Berthold Mainzer. Von 1885—1895 besuchte ich das Tübinger Gymnasium, von Herbst 1895 an die Tübinger Universität; 4 Semester lang von Winter-Semester 1896|97 bis Sommer-Semester 1898 incl. besuchte ich die Universität München, wo ich am 4. Mai 1898 die ärztliche Vorprüfung bestand. Von Winter-Semester 1898|99 an war ich wieder an der Tübinger Universität und wurde hier am 14. Mai 1901 als Arzt approbiert.

Julius Mainzer
approb. Arzt.